

Jolanta Glińska¹, Edyta Ziemkiewicz², Ewa Borowiak³¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi²Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi³Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dom pomocy społecznej jako ośrodek wsparcia dla starszych osób. Wsparcie społeczne a kontrola emocji

The nursing home as a support center for the elderly.
Social support and emotional control

STRESZCZENIE

Wstęp. Pobyt w domu pomocy społecznej postrzegany jest jako stan zaburzający równowagę psycho-fizyczną seniorów. Dlatego też podstawą ich działania powinien być system wsparcia społecznego.

Cel. Celem pracy była ocena wsparcia społecznego oraz analiza wpływu wsparcia na kontrolę emocji.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 100 osób na stałe przebywających w domu pomocy społecznej. Do analizy danych użyto Skali Kontroli Emocji (CECS) oraz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki i wnioski. Podopieczni ze strony osób profesjonalnie pomagających w DPS najbardziej oczekują wsparcia emocjonalnego. Wyniki badań wskazują na potrzebę wsparcia głównie emocjonalnego, jako głównego czynnika wpływającego na kontrolę emocji.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 446–451

Słowa kluczowe: emocje; osoba w podeszłym wieku; wsparcie

ABSTRACT

Introduction. It is seen as a state of disturbing the balance between the individual and the environment which leads suffers to look for social support. Therefore, the basis for their action should be a system of social support.

Aim. Evaluation of social support and analysis of the impact support to control emotions.

Material and methods. Survey was conducted on a group of 100 people (50 women and 50 men) permanently staying at the social welfare home for being chronically ill. For data analysis Emotions Control Scale (CECS) and the custom survey was used.

Results and conclusions. Proteges, from persons professionally assisting DPS, expect emotional support mostly. The results indicate the need for support mainly emotional, as the main factor in controlling emotions.

Nursing Topics 2015; 23 (4): 446–451

Key words: emotions; aged person; health support

Wstęp

Jedną z ważniejszych instytucji wspierających w Polsce osoby starsze są domy pomocy społecznej (DPS). Jako sformalizowane źródło wsparcia, pomagają osobom, które nie są w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb życiowych i wymagają

całodobowej opieki. Wielu autorów wskazuje jednak na fakt, że domy te ze względu na swoją formalną działalność mogą nosić znamiona „instytucji totalnych”, które charakteryzują się między innymi ingerencją we wszystkie dziedziny życia mieszkańca, co wiąże się z brakiem prywatności i intymności, kontrolą czasu

Adres do korespondencji: dr n. med. Jolanta Glińska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Wici 2/10, 91–150 Łódź, e-mail: jolanta.glinska@umed.lodz.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0073

i przestrzeni, w której żyją mieszkańcy oraz wyzwaniem poczucia zależności [1, 2]. Sytuacja ta wymaga adaptacji seniora do nowych warunków życia, której towarzyszą zindywidualizowane emocje. Mogą być one odczuwane jako pozytywne zbliżające jednostkę do interakcji społecznych oraz negatywnie pozwalające zachować dystans. Skutecznym sposobem radzenia sobie z trudnymi emocjami jest ich ekspresja. Niektórzy posługują się nawet terminem uwalnianie emocji. Riskind i Williams wyrazili pogląd, że zgodność przeżywanych emocji z ich ekspresją, predysponuje jednostkę do efektywniejszego radzenia sobie w sytuacjach stresogennych [3]. Należy jednak pamiętać, że tłumienie ekspresji emocjonalnych nie wpływa na obniżenie indywidualnie doświadczanych emocji, a wręcz przeciwnie, nasila aktywność współczulnego układu nerwowego, co może prowadzić do osłabienia układu odpornościowego i problemów zdrowotnych [4]. Tak więc podstawą działania DPS powinien być system wsparcia budowany na właściwych relacjach między fachowo pomagającym personelem a mieszkańcami.

Cel

Celem pracy była ocena oczekiwanego i otrzymanego wsparcia społecznego wśród mieszkańców DPS oraz analiza wpływu wsparcia na kontrolę własnych emocji.

Material i metody

Badania przeprowadzono w 2014 roku w Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczym w Łodzi. Grupę badanych stanowiło 100 mieszkańców. Do analizy danych wykorzystano dokumentację medyczną, kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz Skalę Kontroli Emocji (CECS) autorstwa Watson i Greera, w adaptacji Jurczyńskiego. Skala oceniała trzy podstawowe emocje negatywne: gniew, depresję i lęk. Wskaźnik ogólny kontroli emocji to suma wszystkich trzech podskal oscylująca w granicach 21–84 punktów. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji [5]. Kwestionariusz własnej ankiety oceniał zapotrzebowanie na wsparcie społeczne. Dane analizowano przy użyciu testu Fishera. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Nr RNN/275/14/KB.

Wyniki

Grupę badawczą stanowiło 50 kobiet i 50 mężczyzn. Większość (30%) stanowiły osoby w przedziałach wiekowych 70-79 i 80-89 lat. Pierwszą grupę tworzyli głównie mężczyźni i stanowili 60%, drugą kobiety (70%). W grupie osób po 90. roku życia (6%) znalazły się tylko kobiety. Ponad połowa (65%) ankietowanych przebywała w DPS od 2 do 5 lat. Osoby mieszkające ponad 10 lat to jedynie 7%.

Analiza danych wskazuje, że najbardziej oczekiwanym wsparciem, niezależnie od płci było wsparcie emocjonalne ($F = 177,8$; $p = 0,006$). Niestety tylko zdaniem 32,94% $\pm 3,4$ mieszkańców wsparcie to było dostarczone na poziomie wysokim to znaczy takim, jaki był oczekiwany. W opinii większości 55,29% $\pm 2,1$ było ono na poziomie średnim. Podobnie kształtują się opinie odnośnie udzielanego wsparcia informacyjnego. Wprawdzie grupa oczekująca była dużo niższa (11 osób), to jednak tylko jedna osoba odniosła pełną satysfakcję, a aż 81,82% $\pm 2,4$ oceniła go na poziomie średnim. Wsparcia dowartościowującego i rzeczowego oczekiwała znikoma liczba respondentów, jedynie 2%, i tworzyli ją wyłącznie mężczyźni. W odpowiedzi dotyczącej otrzymania wsparcia wartościującego większość seniorów (51% $\pm 1,8$) oceniła je na poziomie średnim. Osoby zadowolone z tej formy pomocy tworzyły grupę 28-osobową. Niższe wyniki uzyskano przy ocenie uzyskanego wsparcia rzeczowego. Tutaj aż 54% $\pm 3,2$ podopiecznych uznała je na poziomie niskim, a pełną satysfakcję odczuwało jedynie 6 osób.

Podopieczni DPS wsparcia emocjonalnego oczekiwali głównie od pielęgniarki, grupa ta stanowiła 53% $\pm 3,1$ ankietowanych, na drugim miejscu wskazali opiekuna, co stanowiło 41% $\pm 2,8$. Wśród osób, które miałyby udzielać wsparcia emocjonalnego znalazł się również psycholog i osoba duchowna, co stanowiło 2% badanej grupy osób, a także lekarz i pracownik socjalny na poziomie 1%. Głównym źródłem wsparcia informacyjnego powinien być lekarz. Tak odpowiedziała ponad połowa ankietowanych (55% $\pm 2,7$). Na drugim miejscu znalazła się pielęgniarka (39% $\pm 3,5$). Zdaniem 5% $\pm 1,3$ pracownik socjalny. Od psychologa wsparcia takiego oczekiwała jedynie jedna osoba.

Obecnie uzyskane wyniki wskazują, iż niezależnie od oczekiwanego rodzaju wsparcia ogólny wskaźnik tłumienia emocji był na wysokim poziomie. Najwyższy poziom (71,00 $\pm 0,0$) tłumienia negatywnych uczuć prezentowali podopieczni oczekujący przede wszystkim wsparcia wartościującego. Interpretacja wyników odnośnie poszczególnych podskal wskazuje, że seniorzy DPS niezależnie od rodzaju oczekiwanego wsparcia najsilniej tłumią lęk oraz depresję (tab. 1).

W obecnym badaniu wykazano związek istotny statystycznie między poziomem otrzymywanego wsparcia emocjonalnego a ogólnym wskaźnikiem tłumienia emocji oraz tłumieniem depresji. Starsze osoby otrzymujące wyższy poziom wsparcia emocjonalnego wykazują mniejsze tłumienie emocji i uczucia depresji.

W trakcie analizy statystycznej nie wykazano związku między poziomem otrzymywanego wsparcia informacyjnego a kontrolą emocji. Jednak można zauważyć pewną tendencję, wskazującą na to, że u seniorów, którzy ocenili poziom otrzymanego wsparcia

Tabela 1. Poziom otrzymanego wsparcia emocjonalnego a kontrola emocji**Table 1.** The level of received emotional support and emotional control

Poziom wsparcia	N	Wskaźnik ogólny		Gniew		Depresja		Lęk	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wysoki	29	65,64	8,66	17,99	6,89	22,58	2,96	25,07	2,43
Średni	57	69,86	10,65	19,42	5,64	23,98	3,25	26,46	2,42
Niski	13	73,75	6,21	22,06	5,19	25,69	1,18	26,00	2,94
Brak	1	78,00	0,00	25,00	0,00	27,00	0,00	26,00	0,00
Analiza statystyczna		F = 3,55; p = 0,017		NS		F = 3,8; p = 0,013		NS	

NS — różnice nieistotne statystycznie; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 2. Poziom otrzymanego wsparcia wartościującego a kontrola emocji**Table 2.** The level of received evaluative support and emotional control

Poziom wsparcia	N	Wskaźnik ogólny		Gniew		Depresja		Lęk	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wysoki	28	67,00	8,21	17,79	6,39	23,53	2,60	25,68	2,47
Średni	51	68,04	11,61	19,45	5,61	23,73	3,77	26,16	2,60
Niski	19	69,34	6,39	22,89	4,15	25,00	1,94	26,37	2,97
Brak	2	78,00	0,00	25,00	0,00	27,00	0,00	26,00	0,00
Analiza statystyczna		NS		F = 3,81; p = 0,013		NS		NS	

NS — różnice nieistotne statystycznie; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

na poziomie wysokim tłumienie emocji jest niższe. I tak u seniorów, którzy nie otrzymali takiego wsparcia, wskaźnik ogólny wyniósł $78,00 \pm 0,00$, na poziomie niskim $71,1 \pm 27,80$, średnim $68,70 \pm 10,89$, a wysokim $67,72 \pm 7,53$. Podobny spadek tłumienia emocji w zależności od oceny wsparcia zaobserwowano we wszystkich składowych. W przypadku tłumienia gniewu spadł z poziomu 25,00 do 20,27, w tłumieniu depresji z 27,00 do 23,76, w tłumieniu lęku z 26,00 do 23,69.

Podobną sytuację odnotowano przy analizie wpływu wsparcia rzeczowego na tłumienie emocji. Choć nie wykazało istotnego wpływu statystycznego ($p > 0,05$) to jednak przy wysokim wsparciu rzeczowym obniżyło się tłumienie emocji we wskaźniku ogólnym z 69,39 do 60,39. Tłumienie gniewu spadło z 20,00 do 13,67, depresji z 24,31 do 20,05. Jedynie w tłumieniu lęku nie zaobserwowano spadku a wręcz odwrotnie. U osób, które nie otrzymały wsparcia rzeczowego tłumienie kształtowało się na poziomie 25,08, natomiast u seniorów, którzy otrzymali je na poziomie wysokim wyniosło 26,67 (tab. 2).

Wsparcie wartościujące szczególne znaczenie odniosło w tłumieniu gniewu. Wykazano zależność

istotną statystycznie pomiędzy poziomem otrzymanego wsparcia wartościującego a tłumieniem gniewu. Pensjonariusze, którzy otrzymali je na wysokim poziomie w mniejszym stopniu tłumili gniew (tab. 3).

Wykazano istotny wpływ wsparcia ze strony rodziny na tłumienie negatywnych emocji. U osób, które mogły liczyć na wsparcie rodziny ogólny wskaźnik zmniejszył się aż o połowę ($35,98 \pm 9,63$) w porównaniu z osobami, które nie otrzymywały takiego wsparcia. W grupie tej w znacznym stopniu zmniejszyło się również tłumienie emocji we wszystkich podskalach.

Dyskusja

Wiele osób w podeszłym wieku swój ostatni etap życia spędza w domach pomocy społecznej. W obliczu tych nowych przemian i nowych wyzwań osoby te często nie mogą się odnaleźć. Sytuację tę odbierają jako trudną, często krytyczną, w której wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie społeczne [5]. Odbiorcami całodobowego wsparcia w DPS są osoby w różnym wieku metrykalnym, pochodzące z różnych środowisk, mające różny poziom wykształcenia, status rodzinny, a także różne upodobania czy przyzwyczajenia. Każdy z mieszkańców posiada inny bagaż doświadczeń życio-

Tabela 3. Wsparcie ze strony rodziny a kontrola emocji**Table 3.** Support of family and emotional control

Relacja z rodziną	N	Wskaźnik ogólny		Gniew		Depresja		Lęk	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wspierająca	34	35,97	9,30	9,37	6,10	12,47	3,37	14,13	2,37
Obojętna	7	63,57	10,71	14,40	6,82	23,00	4,24	26,17	1,49
Brak kontaktu	59	72,05	6,40	21,47	4,34	24,48	2,32	26,10	2,43
Analiza statystyczna				F = 213,17; p > 0,001					

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

wych, często przejawia frustrację i rozterki dotyczące nie tylko aktualnych problemów zdrowotnych czy niepełnosprawności, ale także takie, które wypływają z faktu zamieszkania w DPS [1]. Dlatego też wyznacznikiem w tworzeniu programów wsparcia dla osób w nim przebywających powinno być rozpoznanie indywidualnych potrzeb i oczekiwań każdego mieszkańca. Wobec powyższego bardzo ważnym elementem jest dobór zespołu terapeutyczno-opiekuńczego pod nadzorem, którego seniorzy powinni być przekonani, że są pod opieką własnej sieci, są szanowani, a wzajemna komunikacja oparta jest na zasadach wzajemnych zobowiązań [5, 6].

Jak wykazuje literatura przedmiotu wsparcie społeczne może przybierać różne formy [7, 8]. W niniejszej pracy badano wsparcie emocjonalne, informacyjne, wartościujące i rzeczowe. Najbardziej oczekiwanym rodzajem wsparcia w badanej grupie było wsparcie emocjonalne (85%). Dlatego też można sądzić, że dominująca grupa seniorów poszukuje osób pozytywnie ustosunkowanych wobec własnej osoby. Oczekuje troski, zainteresowania, a także chce posiadać kogoś, przy kim wskutek interakcji wsparcia, będzie mogła wyrazić swoje troski, obawy i jednocześnie uwolnić się od nieprzyjemnych napięć i negatywnych uczuć, a także zwerbalizować i uzewnętrznić swoje emocje [9]. Jak można sądzić, dzieje się tak, dlatego, że poczucie izolacji i osamotnienia towarzyszące pensjonariuszom pogarsza ich stan psychiczny [10, 11]. Potwierdza to również opinia Jurka. Zdaniem autora przeprowadzka osoby starszej do zakładu opieki długoterminowej odbierana jest przez nią, jako czynnik traumatyzujący, determinujący pogorszenie kondycji psychofizycznej [12]. Podobne refleksje wysunęła Kurowska i Kajut. Badania przeprowadzone w grupie seniorów zamieszkałych w DPS odnośnie jakości życia wskazały na najniższą ocenę w funkcjonowaniu psychicznym [13]. Wielu autorów, analizując wsparcie społeczne, podkreśla fakt, że najbardziej oczekiwanym rodzajem wsparcia i najpowszechniej występującym jest wsparcie emocjonalne nawet

w sytuacji, gdy nie jest ono konieczne do rozwiązania kryzysu [8, 14]. Jednak wykazano dość sporą rozbieżność pomiędzy realizowaną formą pomocy a oczekiwaną. Pełne poczucie zadowolenia z wsparcia emocjonalnego miało jedynie 29% respondentów. Analizując wpływ płci na wsparcie emocjonalne, stwierdzono, że kobiety nieco więcej oczekiwały pomocy w tym zakresie i nieco niżej ją oceniły. Może to być związane z tym, że u kobiet powyżej 44. roku życia pobudzenie napięciowe jest wyższe niż u młodszych i jego poziom z upływem lat nie zmienia się. U mężczyzn natomiast wzrasta dużo później dopiero po 69. rż. [15]. Wyniki te pokrywają się z opiniami innych badaczy przedmiotu [5, 16]. Oceniając opinię seniorów odnośnie grup wsparcia, dzięki którym podopieczni mogą uwolnić się od negatywnych uczuć i wyrazić swój smutek, lek i depresję stwierdzono, że większość ankietowanych (53% ± 3,1) oczekuje takiej pomocy od pielęgniarki. Dość duża grupa (41% ± 2,8.) widzi w tej roli opiekuna medycznego.

Na kolejnej pozycji znalazło się wsparcie informacyjne. Jednak zapotrzebowanie na ten rodzaj pomocy okazało się znacznie mniejsze. Oczekiwało go jedynie 11% seniorów. Głównym realizatorem tego rodzaju wsparcia, według opinii podopiecznych, powinien być lekarz (55%) i pielęgniarka (39%). Zdaniem większości (89%) seniorów poziom dostarczanych im nowych informacji, umiejętności, udzielania rad, porad, a także informacji zwrotnych dotyczących skuteczności podejmowanych działań zaradczych przez osobę wspieraną był na poziomie średnim. Tylko jedna osoba oceniła wysoko poziom otrzymanego wsparcia informacyjnego.

Zaskakującym faktem okazało się zapotrzebowanie na dwa kolejne rodzaje wsparcia. Poziom oczekiwanego wsparcia dowartościowującego i rzeczowego był jednakowy. Jedynie 2 osoby widziały potrzebę podwyższenia poczucia swojej wartości i tyle samo osób oczekiwało pomocy w formie wsparcia rzeczowego. Tę nieliczną grupę tworzyli wyłącznie mężczyźni.

Analiza danych zawartych w literaturze przedmiotu wskazuje, że na zdolność optymalnego

funkcjonowania emocjonalnego człowieka wpływa umiejętność wykorzystywania własnych emocji [17]. Należy podkreślić tu również fakt, że okres starości może być źródłem krańcowych emocji. Z jednej strony może determinować powstanie zdystansowanej, ale aktywnej postawy wobec życia oraz wewnętrznego zadowolenia. Z drugiej strony okres ten może sprzyjać odczuwaniu napięć i rozwoju stanów depresyjnych [17–19].

W wszechstronnym programie badawczym Carstensi i wsp. udowodnili, że osoby starsze w porównaniu z osobami młodszymi charakteryzują się mniejszą ekspresją emocji negatywnych i zwiększoną kontrolą emocjonalną [20], co jednak nie pokrywa się z wynikami badań własnych. W niniejszej pracy we wskaźniku ogólnym wykazano wysoki poziom tłumienia emocji negatywnych, zarówno lęku, depresji, jak i gniewu, niezależnie od rodzaju wsparcia oczekiwanego. Najwyższy poziom uzyskano u osób oczekujących wsparcia wartościującego, dalej emocjonalnego i w mniejszym stopniu informującego. Jest to zjawisko dość niepokojące wymagające wyjaśnienia i głębszych badań, gdyż jak podaje literatura depresja należy do najczęstszych zaburzeń psychicznych u osób w podeszłym wieku. Oczywiście patogeneza jej bywa różna, ale nie można zapominać, że w wielu źródłach podkreśla się wpływ czynników społecznych i socjoekonomicznych między innymi takich jak: utrata najbliższych osób, odizolowanie, świadomość zależności i bezwartościowości [21, 22]. Dlatego też tak ważne jest świadome kontrolowanie własnych emocji.

W badaniach Wojtyny i wsp. wykazano wpływ wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego na obniżenie objawów depresji, przy czym spostrzegane wsparcie emocjonalne było dominujące i wyjaśniało jedną czwartą wariacji tego czynnika, natomiast wsparcie instrumentalne jedynie jedną dziesiątą [23]. Podobnie sugestie przedstawiła Kurowska i Błaszczuk, które w badaniach własnych wykazały największy wpływ wsparcia emocjonalnego na jakość życia seniorów [5]. Wyniki te autorki potwierdzają z badaniami własnymi, w których wykazały, że im wyższy poziom wsparcia emocjonalnego, tym niższy poziom tłumienia emocji, w tym również depresji. Podobne tendencje zauważono w skali gniewu i lęku. Poziom udzielanego wsparcia wartościującego również wpłynął w znaczący sposób na tłumienie emocji negatywnych.

Ponieważ u większości pensjonariuszy przebywających w DPS mimo tego, że mają świadczoną pomoc ze strony personelu, a brak kontaktów z rodziną pogłębia występowanie niepokoju [24], zbadano wpływ wsparcia ze strony rodziny na kontrolę emocji. Badania pokazują, że dla większości osób wsparcie ze strony

rodziny jest nieosiągalne. Jednocześnie odnotowano istotne różnice w kontrolowaniu emocji u osób, które nie mogą liczyć na takie wsparcie, a osobami, dla których to źródło jest dostępne. Wspierający stosunek rodziny względem podopiecznego zdecydowanie ogranicza tłumienie emocji, zarówno w skali gniewu, lęku, jak i depresji. Zbliżone wyniki ukazują również inne badania, według których jedna czwarta seniorów przebywających w DPS nie posiadała rodziny natomiast w grupie osób, które ją posiadały wiele osób nie mogło liczyć na jej wsparcie. Osoby te (75%) w większym stopniu podkreślały rolę rodziny dalszej niż bliższej. Autorzy sądzą, że główną przyczyną jest tu przede wszystkim dominujące u seniorów uczucie krzywdy z powodu umieszczenia ich w tym miejscu [5, 10, 16].

Podsumowując powyższe rozważania, należy podkreślić, że emocje nigdy nie są zjawiskiem neutralnym, jeżeli jednostka ma obojętny stosunek do sytuacji czy bodźca, emocje nie występują. Niewątpliwie emocje wykazują duży wpływ na przebieg procesów poznawczych oraz zachowanie jednostki, jednakże podmiot nie jest ich niewolnikiem. Człowiek może mieć pewien wpływ na pojawianie się i przebieg emocji, a w rezultacie na ich konsekwencje [21]. Dlatego też przedstawione powyżej wyniki wskazują na potrzebę wsparcia głównie emocjonalnego i dowartościowującego, jako głównego czynnika wpływającego na kontrolę emocji.

Wnioski

Podopieczni zamieszkujący w DPS ze strony profesjonalistów oczekują przede wszystkim wsparcia emocjonalnego.

Wsparcie emocjonalne i wartościujące seniorów wykazuje pozytywny wpływ na ekspresję negatywnych emocji.

Wsparcie ze strony osób bliskich jest znaczącym czynnikiem wpływającym na kontrolę emocji.

Piśmiennictwo

1. Kosiorek M. Wsparcie instytucjonalne osób dorosłych. W: Szczepaniak R., Wawrzyniak J. (red.). Opieka i wychowanie w instytucjach wsparcia społecznego. Diagnostyka i kierunki rozwoju. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2012; 227–243.
2. Tarkowska E. Ludzie w instytucji totalnej. Przypadek domów pomocy społecznej w Polsce. W: Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (red.). Upośledzenie w społecznym zwierciadle. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 1997; 121–137.
3. Riskid J.H., Williams N.L. The looming maladaptive style: anxiety, danger and schematic processing. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2000; 79: 837–852.
4. <http://www.ppp.tnb.pl>, Pozytywny Portal Psychologiczny, Kontrola emocji; data pobrania: 17.07.2014.
5. Kurowska K., Błaszczuk W. Wpływ wsparcia na jakość życia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej. *Psychogeriatrics Polska* 2013; 10 (1): 33–40.

6. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontol. Pol.* 2005; 13: 4.
7. Makara-Studzińska M., Kryś-Noszczyk K. Oblicza starości — przegląd piśmiennictwa. *Psychogeriatrya Polska* 2012; 9 (2): 77–86.
8. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38 (1/2): 201–214.
9. Sęk H. O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: Cierpiałkowska L., Sęk H. (red). *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001; 13–32.
10. Kowalska J., Szczepańska-Gieracha J., Piątek J. Zaburzenia poznawcze i emocjonalne a długość pobytu osób starszych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym o Profilu Rehabilitacyjnym. *Psychogeriatrya Polska* 2010; 7 (2): 61–70.
11. Lenze E.J., Munin M.C., Dew M.A. i wsp. Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2004; 19: 472–478.
12. Jurek Ł. Czynniki determinujące zapotrzebowanie na instytucjonalne usługi opiekuńcze z pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. *MEDI — Forum Opieki Długoterminowej* 2008; 1: 17–21.
13. Kurowska K., Kajut A. Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska* 2011; 8 (2): 55–62.
14. Poznaniak W. O różnych obliczach wsparcia emocjonalnego jeszcze raz. W: Brzeziński J. M., Cierpiałkowska L. (red.). *Zdrowie i choroba. Problemy teorii diagnozy i praktyki*. GWP, Gdańsk 2008; 396–403.
15. Goryńska E. *Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
16. Kurowska K., Sulkowska J. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS) — badania wstępne. *Psychogeriatrya Polska* 2011; 8 (2): 73–80.
17. Sygit-Kowalkowska E. Inteligencja emocjonalna a strategie radzenia sobie ze stresem. Psychologiczna analiza funkcjonowania mieszkańców ośrodków pomocy społecznej i studentów uniwersytetów trzeciego wieku. *Gerontol. Pol.* 2013; 21 (3): 98–108.
18. Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defence and coping styles. *Psychiatry Res.* 1999; 85: 8–9.
19. Kawczyńska-Butrym Z. Senior pod opieką. Problemy ludzi starszych i ich rodzin. *Mag. Piel. Położn.* 2000; 1–2: 22–23.
20. Gross J.J., Carstensen L.L., Pasupathi M., Tsai J., Skorpen C.G., Hsu A.Y. Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychol. Aging* 1997; 12: 590–599.
21. Humańska M.A., Kędziora-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6 (1): 15–22.
22. Dudek D., Zięba A., Siwek M. i wsp. Depresja. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2007; 108–112.
23. Wojtyna E., Dosiak M., Życińska J. Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska* 2007; 4 (1): 17–26.
24. Borowiak E., Kostka T. Oczekiwania na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszaru miejskiego i wiejskiego oraz instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych. *Gerontol. Pol.* 2010; 18: 207–214.